

- c) Oznaczenie odpowiedzi następuje przez zamazanie **ołówkiem 2B lub 3B całej powierzchni prostokąta** wybranej przez Ciebie odpowiedzi. Pamiętaj, że od poprawności zamazania pola w dużej mierze zależy poprawność odczytu podanej przez Ciebie odpowiedzi. Przykłady poprawnego zamazywania pola możesz zobaczyć powyżej.
- d) Proponujemy, aby w czasie rozwiązywania testu najpierw zaznaczać odpowiedzi delikatną kropką. Gdy przekonasz się, że dobrze wybrałeś/ęś, zakreślisz silnie całe pole. Jeżeli chcesz zmienić odpowiedź, wymaż gumką owe wcześniejsze zaznaczenie i wprowadź nową, zgodną ze swoją wiedzą, właściwą odpowiedź. Gdy upewnisz się, że kartę z odpowiedziami wypełniłeś/ęś poprawnie, zamaz starannie prostokąty.

Niedopuszczalne jest zniszczenie karty, jej uszkodzenie (załamanie, zagięcie) zarysowanie brzegu karty, gdyż może to być przyczyną złego jej odczytu.

- e) Wybieraj zawsze tylko **jedną odpowiedź**. Zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi powoduje jej niezaliczenie.
- f) Na cały egzamin masz **3 godziny**. Jeżeli nie będziesz tracić czasu na próżno, na pewno zdążysz odpowiedzieć.
- g) Jeżeli ukończysz rozwiązywanie zadań wcześniej, możesz oddać kartę odpowiedzi Przewodniczącemu Komisji i opuścić salę. Wraz z kartą odpowiedzi zwracasz również broszurkę z zadaniami, która jest drukiem ścisłego zachowania.
- h) Porozumiewanie się z sąsiadami oraz korzystanie z jakichkolwiek materiałów pomocniczych pociąga za sobą dyskwalifikację i ocenę niedostateczną z egzaminu.

Twój zestaw zadań testowych został oznaczony jako **WERSJA I**. W związku z tym przypominamy Ci, że Twój numer karty winien być **nieparzysty**. Dla potwierdzenia tego, że rozwiązujesz wersję I **w wierszu 7 górnej części karty** zakreślono pole z **cyfrą 1**. Prawidłowe zaznaczenie widać na rysunku niżej

NUMER KODOWY.....

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

cem

**EGZAMIN SPECJALIZACYJNY Z
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
WIOSNA 2018**

1	A	B	C	D	E
61	A	B	C	D	E

Nr 1. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia skojarzonego chorych na raka żołądka:

- 1) u każdego chorego z potencjalnie resekcyjnym rakiem żołądka należy rozważyć chemioterapię przedoperacyjną;
- 2) jeśli przed operacją nie zastosowano chemioterapii, u chorych po resekcji żołądka zaleca się uzupełniającą radio-chemioterapię;
- 3) u chorych z przerzutami odległymi w dobrym stanie ogólnym chemioterapia paliatywna nie wydłuża przeżycia;
- 4) usunięcie śledziony i/lub ogona trzustki jest uzasadnione w przypadkach guzów zlokalizowanych w dolnej części żołądka i na krzywiźnie mniejszej;
- 5) decyzje dotyczące sekwencji leczenia podejmowane są przez zespół wielodyscyplinarny.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2. **B.** 1,2,3. **C.** 1,2,4. **D.** 1,2,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 2. T4 wg aktualnej klasyfikacji TNM dla raka żołądka rozpoznaje się, gdy guz pierwotny:

- 1) nacieka więzadło żołądkowo-okrężnicze lub wątrobowo-żołądkowe;
- 2) nacieka sieć większą lub mniejszą;
- 3) powoduje perforację otrzewnej trzewnej;
- 4) nacieka śledzionę, okrężnicę poprzeczną lub wątrobę;
- 5) nacieka przeponę, trzustkę, otrzewną ścienną.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 1,3,4,5. **D.** 3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 3. Przerzut odległy M1 wg aktualnej klasyfikacji TNM dla raka żołądka rozpoznaje się, gdy stwierdzono:

- 1) przerzuty w węzłach ok. pnia trzewnego (9);
- 2) przerzuty w węzłach chłonnych okołoaortalnych (16);
- 3) przerzut do otrzewnej;
- 4) dodatni wynik badania cytologicznego płynu z otrzewnej;
- 5) guz w sieci niebędący częścią nacieku guza pierwotnego (bez kontaktu z guzem pierwotnym).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 2,3,4,5. **D.** 3,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 4. Podstawowe czynniki rokownicze dla przeżycia u chorych na raka przełyku to:

- 1) głębokość naciekania;
- 2) przerzuty do węzłów chłonnych;
- 3) stan sprawności;
- 4) jakość leczenia chirurgicznego;
- 5) leczenie wielodyscyplinarne.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,3,4. **C.** 1,3,4,5. **D.** 1,3,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 5. W odniesieniu do aktualnej klasyfikacji TNM nowotworów przełyku, wskaż prawdziwe stwierdzenia:

- 1) klasyfikacja odnosi się tylko do raków, w tym do gruczolakoraków połączenia przełykowo-żołądkowego;
- 2) rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone badaniem histologicznym;
- 3) przypadki należy podzielić w zależności od położenia topograficznego oraz typu histologicznego raka;
- 4) rak, który powstał w obrębie 2 cm od połączenia przełykowo-żołądkowego i szerzy się na przełyk, jest klasyfikowany w skali TNM oraz w skali stopni zaawansowania klinicznego zgodnie z zasadami klasyfikacji dla raków przełyku;
- 5) raki obejmujące połączenie przełykowo-żołądkowe, które powstały w obrębie bliższych 2 cm wpustu (typ I/II wg Siewerta) są klasyfikowane jak raki przełyku.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 2,3,4. **C.** 1,2,4. **D.** 1,2,3,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 6. W wyniku histopatologicznym po biopsji wycinającej ogniska pierwotnego czerniaka skóry zlokalizowanego na skórze owłosionej głowy stwierdzono czerniaka o grubości 0,9 mm wg Breslowa bez owrzodzenia i z liczbą figur podziału 1/mm². Wskaż stopień zaawansowania nowotworu według skali TNM - AJCC z 2017 roku (wersja 8):

A. pT1a. **B.** pT1b. **C.** pT1c. **D.** pT2a. **E.** pT2b.

Nr 7. Cechy obowiązkowo oznaczane w ocenie mikroskopowej ogniska pierwotnego czerniaka obejmują wszystkie poniższe, **z wyjątkiem**:

- A.** grubości nacieku wg Breslowa w milimetrach.
- B.** oceny obecności owrzodzenia.
- C.** obecności ognisk satelitarnych.
- D.** głębokości naciekania według Clarka.
- E.** marginesu obwodowego.

Nr 8. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące terapii czerniaków skóry:

- 1) w czerniakach inwazyjnych o grubości powyżej 2 mm wg Breslowa zaleca się 3 cm ostateczny margines radykalnego leczenia zmiany pierwotnej;
- 2) zastosowanie kombinacji inhibitorów BRAF i MEK w leczeniu zaawansowanych czerniaków bez obecności mutacji *BRAF* wykazuje podobną skuteczność terapeutyczną jak u chorych na czerniaki z obecnością mutacji *BRAF*;
- 3) immunoterapia przeciwciałami anty-PD-1 zalecana jest w leczeniu zaawansowanych czerniaków bez względu na status mutacji *BRAF*;
- 4) w przypadku rozległych, mnogich zmian in-transit zlokalizowanych na kończynie preferowaną metodą jest izolowana chemioterapia perfuzyjna w hipertermii;
- 5) w przypadku stwierdzenia izolowanych przerzutów do węzłów chłonnych czerniaka o nieznanym ognisku pierwotnym postępowaniem z wyboru jest limfadenektomia terapeutyczna.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,4. **B.** 2,3,4. **C.** 3,4,5. **D.** 2,4,5. **E.** wszystkie wymienione.

Nr 9. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące raka podstawnocomórkowego (BCC) skóry:

- A. około 80% przypadków BCC lokalizuje się w obrębie głowy i szyi.
- B. do cech wysokiego ryzyka zmiany pierwotnej należy lokalizacja na małżowinie usznej.
- C. postępowaniem z wyboru w leczeniu systemowym w przypadkach nieresekcyjnych jest zastosowanie wismodegibu.
- D. imikwimod stosuje się w leczeniu uzupełniającym po wycięciu BCC w obrębie głowy i szyi.
- E. zespół Gorlina (zespół mnogich raków podstawnocomórkowych) jest chorobą dziedziczną autosomalnie dominującą.

Nr 10. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące obserwacji po leczeniu czerniaka:

- A. w ciągu pierwszych 3 lat po leczeniu czerniaka o większym ryzyku zaleca się intensyfikację kontroli w tym okresie, głównie w celu wykrycia ewentualnego nawrotu lokoregionalnego.
- B. w czerniakach w stopniach zaawansowania IA-IIA stosuje się rutynowo w kontroli badania obrazowe.
- C. badanie MR mózgu można stosować opcjonalnie w kontroli chorych w stopniu IIC i IIIC przez pierwsze 2-3 lata.
- D. podczas badań kontrolnych obowiązuje badanie całej skóry chorego, a nie tylko okolicy, w której rozwinął się uprzednio ten nowotwór, w związku ze statystycznie większą szansą rozwoju drugiego niezależnego ogniska czerniaka lub innego nowotworu skóry.
- E. do oceny regionalnych węzłów chłonnych — oprócz palpacji — można stosować badanie USG, zwłaszcza w przypadkach, gdzie nie wykonano wcześniej biopsji węzła wartowniczego.

Nr 11. 28-letni chory zgłosił się z powodu guzowatej masy wielkości 8 cm zlokalizowanej w przynasadowej części kości udowej ze złamaniem patologicznym. W wykonanych badaniach obrazowych i biopsji stwierdzono mięsaka kościopochodnego bez cech przerzutów odległych. Jakie jest najwłaściwsze postępowanie terapeutyczne?

- A. resekcja fragmentu kości udowej z guzem i z zaoszczędzeniem kończyny oraz implantacją protezy onkologicznej.
- B. wycięcie radykalne nowotworu z implantacją protezy i chemioterapią uzupełniającą.
- C. stabilizacja zewnętrzna, chemioterapia neoadjuwantowa, resekcja radykalna z zaoszczędzeniem kończyny i implantacją protezy onkologicznej skojarzona z chemioterapią adjuwantową.
- D. wyłuszczenie w stawie biodrowym.
- E. resekcja miejscowa guza z uzupełniającą radykalną radioterapią.

Nr 12. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące diagnostyki i leczenia nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego:

- 1) w leczeniu chirurgicznym GIST żołądka postępowaniem z wyboru jest gastrektomia totalna z limfadenektomią D2;
- 2) w przypadkach miejscowo zaawansowanych należy rozważyć leczenie przedoperacyjne imatynibem zamiast operacji okaleczających;
- 3) ocena ryzyka nawrotu GIST po pierwotnym leczeniu chirurgicznym wg klasyfikacji TNM opiera się na lokalizacji i wielkości guza pierwotnego oraz ocenie liczby figur podziału na 50 pól widzenia w dużym powiększeniu;
- 4) najczęstszą pierwotną lokalizacją GIST jest żołądek;
- 5) GIST typu dzikiego (wild-type) to guz, w którym w wyniku analizy nie stwierdza się obecności mutacji *KIT* lub *PDGFRA*;
- 6) współcześnie po resekcji GIST o dużym ryzyku z obecnością mutacji *PDGFRA D842V* zaleca się zastosowanie uzupełniającej terapii imatynibem przez rok.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 1,3,4,5. **C.** 3,4,5,6. **D.** 2,3,4,6. **E.** 2,3,4,5.

Nr 13. U 18-letniej kobiety stwierdzono guz tkanek miękkich zlokalizowany nadpowięziowo w obrębie uda wielkości 12 cm. Po wykonanej biopsji gruboigłowej badanie histopatologiczne wykazało rozpoznanie mięsaka Ewinga. W badaniach dodatkowych nie stwierdzono zmian przerzutowych. Jakie jest następnie najwłaściwsze postępowanie?

- A.** chemioterapia neoadjuwantowa i resekcja w skojarzeniu z radioterapią oraz chemioterapią pooperacyjną.
- B.** wyluszczenie kończyny w stawie biodrowym.
- C.** radykalne wycięcie z szerokim marginesem.
- D.** resekcja z marginesem tkanek zdrowych w skojarzeniu z radioterapią uzupełniającą (przed- lub pooperacyjną).
- E.** wycięcie mięsaka z biopsją węzła wartowniczego.

Nr 14. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące biopsji diagnostycznej u chorych z podejrzeniem mięsaka tkanek miękkich:

- A.** w przypadku guzów tkanek miękkich o wielkości do 10 cm położonych nadpowięziowo można wykonać biopsję wycinającą.
- B.** miejsca po wykonaniu biopsji pozostawia się podczas operacji radykalnej.
- C.** wyluszczenie mięsaka położonego podpowięziowo uniemożliwia przeprowadzenie właściwego leczenia wstępnego, jeżeli istniałaby taka konieczność.
- D.** biopsja otwarta charakteryzuje się mniejszym odsetkiem powikłań niż zamknięta.
- E.** wykonanie biopsji nie ma wpływu na leczenie miejscowe.

Nr 15. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące leczenia nowotworów tkanek miękkich:

- 1) korzyści z pooperacyjnej radioterapii w leczeniu miejscowym mięsaka obejmują m.in. zmniejszenie powikłań późnych radioterapii w porównaniu z napromienianiem przedoperacyjnym;
- 2) zastosowanie szerokiego wycięcia mięsaka w skojarzeniu z radioterapią uzupełniającą okołoperacyjną pozwala na uzyskanie podobnych wskaźników przeżyć jak u chorych poddawanych amputacji;
- 3) w leczeniu zaawansowanych *dermatofibrosarcoma protuberans* znajduje zastosowanie imatinib;
- 4) najczęściej usuwanym narządem podczas leczenia operacyjnego mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej jest nerka;
- 5) przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych najczęściej występują w MPNST;
- 6) jako wyjściowe postępowanie w przypadku włókniakowatości (*aggressive fibromatosis*) najczęściej proponowane obecnie jest leczenie zachowawcze i czynna obserwacja, bowiem wyniki czynnej obserwacji (*wait-and-see*) wskazują, że jedynie u około 20% chorych dochodzi do progresji choroby, u części obserwowanych chorych stwierdza się nie tylko stabilizację, ale również spontaniczną regresję.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 2,3,5,6. **B.** 1,2,4,6. **C.** 1,3,5,6. **D.** 2,4,5,6. **E.** 2,3,4,6.

Nr 16. Wskaż, na czym polega odpowiednie leczenie w przypadku choroby Pageta ograniczonej do brodawki sutkowej:

- A.** na wycięciu kompleksu otoczka-brodawka z biopsją węzła chłonnego wartowniczego.
- B.** na wycięciu kompleksu otoczka-brodawka bez biopsji węzła wartowniczego.
- C.** na wycięciu kompleksu otoczka-brodawka z uzupełniającą radioterapią.
- D.** na wyłącznej hormonoterapii i ścisłej obserwacji klinicznej.
- E.** zawsze na mastektomii.

Nr 17. Zapalny rak piersi:

- A.** jest oznaczony jako „T4c” w aktualnej klasyfikacji TNM raka piersi z 2017 r.
- B.** jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do rekonstrukcji natychmiastowej.
- C.** nie jest przeciwwskazaniem do biopsji węzła wartowniczego (jeśli klinicznie węzły chłonne pachowe nie są zajęte).
- D.** może być leczony z oszczędzeniem piersi pod warunkiem uzyskania dobrej odpowiedzi na leczenie systemowe przedoperacyjne.
- E.** jest rozpoznawany na podstawie biopsji gruboigłowej przerzutowego węzła chłonnego pachowego (warunek rozpoznania: obecność zatorów z komórek raka w węźle chłonnym).

Nr 18. Metaplastycznego raka piersi:

- A. rozpoznaje się, gdy w utkaniu raka *no specific type* (NST) obecne są domieszki innych tkanek.
- B. leczy się z zasady pierwotnie systemowo (przedoperacyjnie).
- C. nie poddaje się uzupełniającej radioterapii z uwagi na bardzo dobre rokowanie.
- D. dzieli się na trzy główne grupy: raki nabłonkowo-mezenchymalne, nabłonkowo-nabłonkowe, mezenchymalno-mezenchymalne.
- E. różnicuje się mikroskopowo z synplastycznym rakiem piersi.

Nr 19. Według aktualnie obowiązującej klasyfikacji TNM z 2017 roku zapis „cT4b” oznacza m.in.:

- A. naciekanie mięśnia piersiowego większego.
- B. obrzęk skóry z obrazem „skórki pomarańczy” (*peau d’orange*) bez innych cech raka zapalnego piersi.
- C. owrzodzenie skóry lub makroskopowo widoczne guzki satelitarne w skórze piersi.
- D. naciekanie ściany klatki piersiowej.
- E. prawdziwe są odpowiedzi B,C.

Nr 20. W ramach wstępnej diagnostyki laboratoryjnej prowadzonej z powodu podejrzenia raka płuca konieczna jest ocena stężenia:

- A. dehydrogenazy mleczanowej (LDH).
- B. antygenu rakowo-płodowego (CEA).
- C. antygenu raka płaskonabłonkowego (SCC).
- D. fragmentów cytokeratyny 19. (CYFRA 21-1).
- E. przeciwciał przeciwko elementom raka gruczołowego TTF-1.

Nr 21. Doszczętne wycięcie ogniska naciekającego raka piersi według aktualnych rekomendacji postępowania oznacza:

- A. operację opisaną w protokole operacyjnym jako „doszczętną”.
- B. operację opisaną w raporcie patomorfologicznym jako „resekcję R1”.
- C. operację opisaną w protokole operacyjnym jako „resekcję R2”.
- D. margines chirurgiczny w patomorfologicznym opisie mikroskopowym opisany jako „no ink on tumour” („w oznaczonym tuszem marginesie nie stwierdza się utkania raka”).
- E. margines chirurgiczny w patomorfologicznym opisie makroskopowym opisany jako „szerokości co najmniej 1 cm”.

Nr 22. Mammografię i USG piersi u chorych na raka piersi po przeprowadzeniu leczenia oszczędzającego pierś po raz pierwszy należy wykonać:

- A. 3 miesiące po operacji.
- B. 6 miesięcy po operacji.
- C. 12 miesięcy po operacji.
- D. 18 miesięcy po operacji.
- E. 24 miesiące po operacji.

Nr 23. Charakterystyczną cechą guza liściastego piersi:

- A. są cechy złośliwości cytologicznej komórek pochodzenia nabłonkowego.
- B. jest obecność elementów nabłonkowych oraz bogatokomórkowego, łącznotkankowego podścieliska.
- C. jest tak zwany wzrost dwufazowy polegający na bardzo szybkim początkowym wzroście, a następnie wieloletnim powolnym wzroście guza.
- D. jest zdolność do tworzenia przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych.
- E. jest zaawansowany wiek szczytowej zapadalności na ten nowotwór (> 75. roku życia).

Nr 24. Zgodnie z konsensusem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej oraz zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej dotyczącymi Breast Cancer Unit (BCU), minimalna liczba nowych chorych leczonych rocznie w pełnoprofilowym BCU powinna wynosić co najmniej:

- A. 25.
- B. 50.
- C. 75.
- D. 100.
- E. 150.

Nr 25. Stosowanie tamoksyfenu u chorych na raka piersi podtypu luminalnego zwiększa ryzyko zachorowania na:

- A. raka płaskonabłonkowego szyjki macicy.
- B. raka endometrioidalnego trzonu macicy.
- C. mięsaka gładkokomórkowego macicy.
- D. raka surowiczego jajnika.
- E. raka surowiczego jajowodu.

Nr 26. U pięćdziesięcioletniej chorej na raka szyjki macicy z naciekaniem przymacicz, bez przerzutów odległych, z bólem nowotworowym, w stanie ogólnym WHO1, bez laboratoryjnych cech niewydolności nerek, **nie ma/nie maja** zastosowania:

- A. radykalny zabieg operacyjny.
- B. chemioterapia związkami platyny.
- C. teleradioterapia.
- D. brachyterapia wysoką mocą dawki (HDR).
- E. analgetyki wg algorytmu „drabiny analgetycznej” WHO.

Nr 27. Podstawową metodą leczenia chorych na raka jajowodu jest:

- A. zabieg operacyjny.
- B. radioterapia.
- C. chemioterapia.
- D. chemioradioterapia.
- E. hormonoterapia.

Nr 28. U chorych na raka trzonu macicy w stopniu I wskazaniem do wykonania limfadenektomii miednicznej i okołoaortalnej jest:

- A. rak typu endometrialnego.
- B. stopień zróżnicowania histologicznego G2.
- C. naciek 40% grubości mięśniówki.
- D. naciekanie przestrzeni naczyniowo - limfatycznych.
- E. wielkość zmiany 1 cm.

Nr 29. Wskaż **falszywe** stwierdzenie dotyczące chorych ze śródoperacyjnie histopatologicznie potwierdzonymi przerzutami chłoniaków do jajnika:

- A. nie ma konieczności resekcji przydatków (jajników i jajowodów).
- B. nie ma konieczności wykonywania maksymalnej cytoredukcji.
- C. zaleca się wykonanie biopsji węzłów chłonnych okołoaortalnych.
- D. radykalne leczenie operacyjne nie wpływa na rokowanie.
- E. postępowaniem z wyboru jest leczenie systemowe.

Nr 30. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące stosowania hormonoterapii przed radykalną prostatektomią z powodu raka stercza:

- A. hormonoterapia nie wpływa na stopień miejscowego zaawansowania klinicznego nowotworu.
- B. hormonoterapia wpływa na zmniejszenie prawdopodobieństwa wznowy miejscowej po radykalnym zabiegu chirurgicznym.
- C. hormonoterapia znamienne statystycznie wydłuża okres przeżycia chorego wolnego od progresji miejscowej.
- D. hormonoterapia nie wpływa na okres przeżycia ogólnego chorego.
- E. obecnie prowadzone są wieloośrodkowe badania prospektywne które dotyczą wpływu hormonoterapii stosowanej przed radykalną prostatektomią na wyniki leczenia w grupie chorych na raka stercza ograniczonego do narządu.

Nr 31. Mężczyzna lat 25, u którego w wieku 20 lat usunięto jądro lewe z powodu potworniaka dojrzałego ograniczonego do narządu. Przed i po orchidektomii poziomy markerów nowotworowych były prawidłowe. Badania okresowe w okresie 4 lat po zabiegu nie wykazywały nieprawidłowości (wykonywano badania obrazowe klatki piersiowej, jamy brzusznej, jądra prawego). W 5. roku obserwacji tomografia komputerowa klatki piersiowej (TK) wykazała zmiany torbielowato-lite w śródpierści o śr. do 3-4 cm. Poziomy markerów nowotworowych są prawidłowe. Jakie leczenie należy zaproponować choremu?

- A. radioterapię śródpierścia.
- B. chemioterapię 3 kursami według schematu bleomycyna, cisplatyna, etopozyd (BEP).
- C. obserwację.
- D. usunięcie zmian patologicznych opisanych w badaniu TK.
- E. chemioterapię BEP po czym radioterapię.

Nr 32. Chory lat 50, u którego po elektroresekcji przezcewkowej wykryto raka przejściowokomórkowego pęcherza moczowego o średnicy 3 cm w stadium pT1 HG, oraz komórki raka przejściowokomórkowego w zrębie stercza o wysokiej złośliwości, w badaniu TK brak powiększenia regionalnych węzłów chłonnych. Pacjentowi należy zaproponować:

- A. systemową chemioterapię.
- B. radykalną radioterapię.
- C. dopęcherzowe wlewki z mitomycyny C.
- D. resekcję częściową pęcherza moczowego.
- E. usunięcie pęcherza moczowego, stercza, rozszerzone usunięcie regionalnych węzłów chłonnych.

Nr 33. U 90-letniego mężczyzny badanie PSA w styczniu 2016 roku wykazało wartość 4,1 ng/ml a w sierpniu 2017 roku 4,2 ng/ml. W lutym 2018 r. 4,5 ng/ml. Mężczyzna nie skarży się na dolegliwości ze strony dróg moczowych a badanie przez odbytnicę stercza nie wykazuje patologii. Mężczyzna leczony jest przez kardiologa z powodu niestabilnej choroby wieńcowej. Pacjentowi należy zaproponować:

- A. badanie ultrasonograficzne stercza przez odbytnicę po czym pobranie biopsji z obu płatów stercza celem wykluczenia raka.
- B. podanie antybiotyku celem obniżenia poziomu PSA, gdyż wzrastający poziom PSA może być spowodowany zapaleniem dolnych dróg moczowych, po czym ponowne oznaczenie PSA.
- C. ponowną kontrolę PSA za kolejne 3 miesiące.
- D. obserwację.
- E. powtórzenie badania PSA za 12 miesięcy.

Nr 34. Chory lat 56, skierowany z poradni do dalszego leczenia specjalistycznego z rozpoznaniem: rak płaskonabłonkowy rogowaciejący prącia, umiejscowiony w rowku zażołodnym, średnicy 2 cm o stopniu złośliwości G3, naciekający ciało gąbczaste, w badaniach dodatkowych (tomografia jamy brzusznej i miednicy) bez przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych i do innych narządów (cN0, cM0). Jakie dalsze postępowanie należy zaproponować choremu?

- A. usunięcie częściowe prącia oraz usunięcie węzłów chłonnych pachwinowych po obu stronach.
- B. usunięcie całkowite prącia.
- C. usunięcie częściowe prącia.
- D. usunięcie częściowe prącia oraz biopsje węzłów wartowniczych.
- E. usunięcie całkowite prącia oraz biopsje węzłów wartowniczych.

Nr 35. Limfadenektomia D2 jest zalecanym zakresem wycięcia węzłów chłonnych we wszystkich przypadkach leczenia raka żołądka z intencją wykonania radykalnej resekcji. Limfadenektomia ta obejmuje:

- A. wycięcie węzłów chłonnych stacji 1 – 7.
- B. wycięcie węzłów chłonnych stacji 1-7 oraz węzłów chłonnych stacji 19, 20, 110, 111.
- C. wycięcie węzłów chłonnych w zakresie D1 oraz dodatkowo stacji 8a, 9, 10, 11p, 11d, 12a.
- D. każde wycięcie węzłów chłonnych w zakresie większym niż D1.
- E. wycięcie węzłów chłonnych w zakresie D1+ oraz dodatkowo stacji 10, 11p, 11d, 12a, 12b, 12p, 13, 14.

Nr 36. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące metod leczenia radykalnego w raku pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych:

- A. zmiany zlokalizowane w 1/3 bliższej dróg żółciowych - resekcja dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych, wycięcie regionalnych węzłów chłonnych z rozległą resekcją wątroby (rozszerzona hemihepatektomia połączona z resekcją płata ogoniastego).
- B. zmiany zlokalizowane w 1/3 środkowej dróg żółciowych - wycięcie przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego, pęcherzyka żółciowego oraz regionalnych węzłów chłonnych, z rozległą resekcją wątroby (rozszerzona hemihepatektomia połączona z resekcją płata ogoniastego).
- C. zmiany zlokalizowane w 1/3 dalszej dróg żółciowych - resekcja dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych, wycięcie regionalnych węzłów chłonnych z rozległą resekcją wątroby.
- D. stopień zaawansowania T1a i T1b raka pęcherzyka żółciowego - można ograniczyć się do wykonania cholecystektomii.
- E. guzy T3 w raku pęcherzyka żółciowego - wykonanie cholecystektomii z resekcją częściową prawego płata wątroby (nieanatomiczne wycięcie klinowe 2 cm miąższu wątroby - łoży pęcherzyka żółciowego lub anatomiczna segmentektomia 4B i 5) oraz limfadenektomią okolicy więzadła wątrobowo-dwunastniczego, a także weryfikacją histopatologiczną kikuta przewodu pęcherzykowego.

Nr 37. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące endoultrasonografii (EUS) w raku przełyku:

- 1) umożliwia ocenę stopnia zaawansowania miejscowego i regionalnego;
- 2) pozwala na wykonanie biopsji cienkoigłowej węzłów chłonnych;
- 3) wykorzystuje się ją w leczeniu dysplazji dużego stopnia oraz najwcześniejszych postaci raka przełyku (T1a i T2);
- 4) znajduje zastosowanie w paliatywnym leczeniu;
- 5) jej skuteczność w ocenie zajęcia regionalnych węzłów chłonnych jest porównywalna z oceną tomografii komputerowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. wszystkie wymienione. **B.** 1,2,4. **C.** 1,2,3. **D.** 3,4,5. **E.** 1,2,3,5.

Nr 38. Do wykonania biopsji węzła wartowniczego w czerniaku kwalifikuje się chorych:

- 1) z grubością czerniaka według Breslowa ≥ 1 mm;
- 2) bez przerzutów odległych;
- 3) po biopsji wycinającej;
- 4) po szerokim wycięciu czerniaka z zastosowaniem przeszczepu lub przesunięciu płatów skórnych w celu pokrycia rozległych ubytków skóry;
- 5) kobiety w ciąży z potwierdzonym histopatologicznie czerniakiem (w Polsce).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,4. **C.** 1,2,5. **D.** 2,3,4. **E.** 2,3,5.

Nr 39. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące mięsaków przestrzeni zaotrzewnowej:

- 1) wykazują dużą skłonność do nawrotów miejscowych;
- 2) w 90% przypadków średnica mięsaka w momencie rozpoznania przekracza 5 cm;
- 3) ubytki żyły głównej powyżej nerek nie muszą być rekonstruowane;
- 4) margines prawidłowych tkanek uzyskany podczas operacji z intencją wyleczenia powinien wynosić przynajmniej 5 mm grubości;
- 5) niepoliczalne wszczepy do otrzewnej stanowią przeciwwskazanie do podjęcia próby wycięcia ogniska pierwotnego mięsaka (tzw. operacji cytoredukcyjnej).

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3. **B.** 1,2,5. **C.** 1,2,4. **D.** 1,3,4. **E.** 1,2.

Nr 40. Pacjenci z rakiem jelita grubego i obecnością *carcinomatosis peritonei* mogą być poddani operacji cytoredukcyjnej w połączeniu z HIPEC. Jednym z kryteriów kwalifikacji do tego zabiegu jest wartość wskaźnika PCI wg Sugarbakera, która powinna wynosić:

- A. < 10 pkt.
- B. < 15 pkt.
- C. < 20 pkt.
- D. < 30 pkt.
- E. wartość wskaźnika PCI nie ma wpływu na kwalifikację do zabiegu.

Nr 41. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka przełyku:

- 1) rak połączenia przełykowo-żołądkowego z przerzutami do węzłów chłonnych nadobojczykowych nie kwalifikuje się do wykonania radykalnej resekcji;
- 2) u pacjentów z rakiem szyjnego odcinka przełyku w pierwszej kolejności należy rozważyć radykalną chemioradioterapię;
- 3) w przypadku wieloogniskowego raka wczesnego przełyku można zastosować leczenie endoskopowe;
- 4) rozszerzoną limfadenektomię zaleca się we wszystkich stopniach zaawansowania;
- 5) w celu właściwego określenia stopnia zaawansowania nowotworu zalecane jest badanie histopatologiczne co najmniej 12 węzłów chłonnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2. B. 1,2,3. C. 2,4. D. 1,3,5. E. tylko 2.

Nr 42. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące zabiegu paliatywnego który powinno się wykonać w przypadku raka trzustki, gdzie zmiana uznana jest śródoperacyjnie za nieresekcyjną i powoduje zwężenie dwunastnicy lub przewodu żółciowego wspólnego (żółtaczką mechaniczną) lub zagraża jego wystąpieniem:

- A. pobranie wycinków celem weryfikacji zmiany i skuteczny drenaż miejsca biopsji w przypadku wystąpienia przetoki. Weryfikacja histopatologiczna zmiany pozwala wdrożyć paliatywną chemioterapię.
- B. zespolenie żołądkowo-jelitowe, gdyż żółtaczkę można skutecznie leczyć powtarzalnymi ECPW z protezowaniem dróg żółciowych.
- C. wykonanie zespołów żołądkowo-jelitowego i żółciowo-jelitowego, a w przypadku dolegliwości bólowych neuroliza splotu trzewnego.
- D. nie wykonuje się żadnych zabiegów operacyjnych gdyż zwiększa to ryzyko powikłań (przetoka trzustkowa, żółciowa, nieszczelność zespołów) a objawy niedrożności i żółtaczki można zlikwidować zabiegami endoskopowymi (ECPW i protezowanie PŻW, stentowanie zwężeń dwunastnicy).
- E. tylko neuroliza splotu trzewnego, gdyż u tych pacjentów dominują bardzo silne dolegliwości bólowe a objawy niedrożności przewodu pokarmowego jeśli w ogóle, to pojawiają się bardzo późno w schyłkowym okresie choroby.

Nr 43. Radykalne leczenie chirurgiczne w raku trzustki jest jedyną formą próby uzyskania wyleczenia. Do operacji radykalnej nie kwalifikują się pacjenci u których:

- A. guz nacieka rozległe ścianę dwunastnicy powodując niedrożność.
- B. guz nacieka tętnicę kręzkową górną zajmując na krótkim odcinku 120° obwodu.
- C. guz nacieka żyłę kręzkową górną na dość długim odcinku zajmując 90° obwodu.
- D. guz nacieka żyłę kręzkową górną na krótkim odcinku, zajmując 90° obwodu, ze stwierdzoną zakrzepicą żylną, bez możliwości wykonania rekonstrukcji naczyniowej ale z dobrze rozwiniętym krążeniem obocznym.
- E. guz uciska przewód Wirsunga i powoduje cechy zwłóknienia obwodowej części trzustki.

Nr 44. Wielodyscyplinarny zespół ds. raka piersi (MDT) powinien zaproponować 43-letniej chorej na inwazyjnego raka piersi prawej, o cechach cT3, cN0, cM0 oraz profilu immunohistochemicznym ER-, PgR-, HER2(1+), Ki67 80%, następujący plan leczenia:

- A. założenie znacznika do guza, chemioterapia przedoperacyjna, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, chemioterapia uzupełniająca, radioterapia.
- B. założenie znacznika do guza, chemioterapia przedoperacyjna, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + limfadenektomia pachowa, radioterapia.
- C. amputacja piersi, chemioterapia, radioterapia.
- D. założenie znacznika do guza, chemioterapia przedoperacyjna, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia, hormonoterapia do 10 lat.
- E. założenie znacznika do guza, chemioterapia przedoperacyjna, wycięcie zmiany resztkowej po leczeniu + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia.

Nr 45. Stopień zaawansowania raka piersi pT1c, pN2a, M0 oznacza:

- 1) raka naciekającego średnicy poniżej 2 cm;
- 2) raka naciekającego średnicy poniżej 1 cm;
- 3) obecność przerzutów w 1-3 regionalnych węzłach chłonnych;
- 4) stopień IIIA zaawansowania nowotworu;
- 5) przerzuty lub mikroprzerzuty w węzłach chłonnych piersiowych wewnętrznych przy braku przerzutów w pachowych węzłach chłonnych.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4. B. 1,4,5. C. 1,4. D. 2,3,4. E. 1,5.

Nr 46. W badaniu histopatologicznym po operacji chorej na raka piersi stwierdzono obecność przerzutów do 4 węzłów chłonnych pachowych, w tym jeden przerzut miał średnicę większą niż 2 mm. Zapis w raporcie patologa wygląda następująco:

- A. pN1c. B. pN2a. C. pN2b. D. pN3a. E. ypNx.

Nr 47. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące leczenia w obrębie regionalnych węzłów chłonnych u chorej na raka piersi:

- A. w przypadku braku identyfikacji węzła wartowniczego w czasie procedury SNB należy wykonać limfadenektomię pachową.
- B. chore z cechą cN+ wymagają wykonania biopsji cienkoigłowej węzła.
- C. stwierdzenie nacieku raka poza torebkę węzła chłonnego wartowniczego jest wskazaniem do limfadenektomii pachowej.
- D. poziom identyfikacji węzłów wartowniczych powinien wynosić co najmniej 95%.
- E. wykonywanie biopsji węzła wartowniczego po leczeniu neoadjuwantowym powinno być ograniczone do ośrodków cechujących się dużym doświadczeniem w wykonywaniu procedury SNB.

Nr 48. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka piersi:

- 1) w przypadku obecności receptorów dla estrogenów u chorych przed menopauzą stosuje się inhibitory aromatazy;
- 2) inhibitory aromatazy stosuje się w raku hormonozależnym u chorych po menopauzie;
- 3) młody wiek chorych jest czynnikiem pogarszającym rokowanie;
- 4) standardem postępowania w raku „ukrytym” jest amputacja piersi sposobem Maddena;
- 5) rozpoznanie raka zrazikowego piersi wyklucza możliwość leczenia oszczędzającego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,3,4,5. B. 2,4,5. C. 1,3,5. D. 2,3. E. 1,4,5.

Nr 49. W przypadku rozpoznania w biopsji węzła wartowniczego, stanowiącej element leczenia oszczędzającego u chorej na raka piersi, cechy pN1 z przekraczaniem torebki węzła i naciekiem otaczającej węzły tkanki tłuszczowej większym niż 2 mm, należy przeprowadzić w pierwszej kolejności:

- A. radioterapię radykalną na węzły chłonne pachowe.
- B. limfadenektomię pachową.
- C. zmodyfikowaną radykalną amputację piersi sposobem Maddena.
- D. chemioterapię z zastosowaniem taksanów, a następnie limfadenektomię pachową.
- E. usunięcie kilku dodatkowych węzłów chłonnych i poddanie ich śródoperacyjnej ocenie mikroskopowej.

Nr 50. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące radioterapii śródoperacyjnej w raku piersi:

- A. pogarsza efekt kosmetyczny i utrudnia ocenę radiologiczną wykonywaną w ramach kontroli po leczeniu.
- B. eliminuje ryzyko błędu geograficznego poprzez wizualizację łoża po guzie.
- C. skraca czas radioterapii chorej leczonej w sposób oszczędzający.
- D. polega na podaniu pojedynczej frakcji promieniowania w okolicy łoża po usunięciu guza.
- E. czas trwania leczenia zależy od rodzaju promieniowania – boost elektronowy (IOERT) vs ortowoltowe promieniowanie X (IORT).

Nr 51. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące badań stosowanych w ocenie zmian w gruczole piersiowym:

- 1) termografię zaleca się do stosowania w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi u kobiet młodych;
- 2) samobadanie piersi nie wpływa na zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi;
- 3) regularnie wykonywana ultrasonografia piersi wpływa na zmniejszenie umieralności na raka piersi;
- 4) mammografia przesiewowa jest zasadna w przedziale wiekowym pomiędzy 50. a 69. rokiem życia;
- 5) czułość mammografii jest miarą zdolności testu do wykrycia choroby.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,3,4. **B.** 1,2,4,5. **C.** wszystkie wymienione. **D.** 2,4,5. **E.** 3,4,5.

Nr 52. Optymalna kolejność leczenia u 68-letniej chorej na inwazyjnego raka piersi prawej, o cechach: T2, N0, M0 oraz profilu ER-, PgR-, HER2 (2+), Ki67 45%, amplifikacja genu HER2, powinna wyglądać następująco:

- A.** przedoperacyjna chemioterapia, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia, immunoterapia uzupełniająca.
- B.** wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + limfadenektomia pachowa, radioterapia, chemio-immunoterapia uzupełniająca.
- C.** przedoperacyjna chemio-immunoterapia, wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, radioterapia, immunoterapia uzupełniająca.
- D.** zmodyfikowana radykalna amputacja piersi, chemioterapia uzupełniająca.
- E.** wycięcie guza piersi z marginesem tkanki zdrowej + biopsja węzła wartowniczego, immunoterapia uzupełniająca.

Nr 53. Spośród poniżej wymienionych leków nie uzyskano poprawy przeżyć całkowitych w leczeniu przerzutowego czerniaka jedynie przy zastosowaniu:

- A.** ipilimumabu.
- B.** pembrolizumabu.
- C.** dabrafenibu.
- D.** wemurafenibu.
- E.** interferonu alfa.

Nr 54. Wskaż falszywe stwierdzenie:

- A. amplifikacja genu HER2 jest czynnikiem umożliwiającym adjuwantową terapię trastuzumabem u chorych na raka piersi.
- B. rozpoczęcie adjuwantowej terapii imatynibem u chorych radykalnie operowanych z powodu GIST wymaga wykonania badań molekularnych w celu oznaczenia obecności mutacji m.in. w genie *KIT*.
- C. zasadność adjuwantowej terapii imatynibem u chorych na GIST zależy od ryzyka nawrotu.
- D. nadmierna ekspresja HER2 w raku piersi jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym.
- E. u chorych na przerzutowego czerniaka warunkiem rozpoczęcia immunoterapii anty-PD1 jest wykazanie obecności antygenu PD-L1 w co najmniej 50% komórek guza lub nacieku limfocytarnego.

Nr 55. W którym z poniższych przypadków zastosowanie systemowego leczenia uzupełniającego po resekcji R0 wpłynie na poprawę czasu całkowitego przeżycia?

- A. chory na gruczolakoraka okrężnicy w stopniu zaawansowania IIA.
- B. chory na płaskonabłonkowego raka przełyku IIB.
- C. chora na czerniaka skóry T2N0.
- D. chory na jasnokomórkowego raka nerki T3N1.
- E. chory na gruczolakoraka trzustki T1N0.

Nr 56. Który z wymienionych leków ukierunkowanych molekularnie jest dostępny i standardowo stosowany w Polsce u spełniających odpowiednie kryteria chorych na przerzutowego raka żołądka?

- A. trastuzumab.
- B. erlotynib.
- C. bewacyzumab.
- D. cetuksymab.
- E. żaden z wymienionych.

Nr 57. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka piersi:

- 1) chemioterapia jest jedyną metodą uzupełniającego leczenia systemowego u chorych z rakiem tzw. potrójnie ujemnym;
- 2) nadmierna ekspresja HER2 w komórkach guza jest wskazaniem do systemowego leczenia przedoperacyjnego niezależnie od cech cTN;
- 3) standaryzowany współczynnik umieralności w Polsce jest mniejszy niż w krajach Europy Zachodniej;
- 4) wskaźnik proliferacji ma znaczenie w kwalifikacji do chemioterapii uzupełniającej;
- 5) podejrzenie obecności raka zrazikowego nieinwazyjnego jest najczęściej stawiane na podstawie wyniku mammografii.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. wszystkie wymienione. B. 1,3,4. C. 1,4. D. 2,4. E. tylko 1.

Nr 58. Wskaż falszywe stwierdzenie dotyczące nowotworów układu pokarmowego:

- A. sorafenib u chorych na nieoperacyjnego raka wątrobowokomórkowego wpływa na wydłużenie czasu całkowitego przeżycia.
- B. chemioterapia okołooperacyjna u chorych na raka żołądka nie poprawia czasu całkowitego przeżycia.
- C. w celu wyboru właściwego postępowania u chorych na miejscowo zaawansowanego raka odbytnicy należy wykonać badanie magnetycznego rezonansu.
- D. ryzyko zachorowania na raka jelita grubego u chorych z rodzinną polipowatością sięga 100%.
- E. u chorych na płaskonabłonkowego raka brzoju odbytu w pierwszym rzędzie należy rozważyć możliwość przeprowadzenia leczenia operacyjnego.

Nr 59. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące epidemiologii nowotworów złośliwych w Polsce:

- 1) liczba zachorowań na nowotwory rośnie i obecnie wynosi 100 tys. na rok;
- 2) standaryzowany współczynnik umieralności na nowotwory u kobiet w ciągu ostatnich 30 lat pozostaje na stałym poziomie;
- 3) rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, a liczba zgonów wynosi około 10 tys. rocznie;
- 4) umieralność na raka płuca u kobiet rośnie;
- 5) najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów u kobiet jest rak piersi.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. wszystkie wymienione. B. 1,2,3. C. 2,4. D. 4,5. E. tylko 5.

Nr 60. Najczęstszą lokalizacją nowotworu o nazwie *gastrinoma* jest:

- A. dwunastnica i trzustka.
- B. przełyk.
- C. jelito kręte.
- D. kątnica.
- E. poprzecznic.

Nr 61. Nowotwór niewystępujący w zespole von Hippel-Lindau to:

- A. rak jasnokomórkowy nerki.
- B. guz chromochłonny nadnercza.
- C. naczyniak krwionośny zarodkowy mózdzku.
- D. rak przytarczyc.
- E. guz trzustki.

Nr 62. Marker który musi być regularnie oznaczany w diagnostyce i badaniach kontrolnych po operacji raka rdzeniastego tarczycy to:

- A. kalcytonina. B. parathormon. C. TSH. D. ACTH. E. tyreoglobulina.

Nr 63. W przypadku guza trzonu trzustki typu *insulinoma* leczenie operacyjne polega na:

- A. całkowitym usunięciu trzustki.
- B. jeśli to możliwe, wyłuszczeniu guza.
- C. dystalnej pankreatektomii.
- D. centralnej resekcji trzustki.
- E. pankreatoduodenektomii met. Whipple'a.

Nr 64. W endoskopii stwierdzono u pacjenta guzek o śr. 0,8 cm (T 1a) o wyglądzie guza neuroendokrynnego, położony 8 cm od zwieracza odbytu. Prawidłowe postępowanie lecznicze to:

- A. przednia resekcja lub amputacja brzuszno-kroczoza odbytnicy.
- B. endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa.
- C. endoskopowa polipektomia pętlą diatermiczną.
- D. przezzwieraczowe endoskopowe pełnościenne wycięcie guza (TEM).
- E. rozważenie radioterapii 5x5 Gy.

Nr 65. U chorego z pierwotną nadczynnością przytarczyc można się spodziewać następujących objawów, **z wyjątkiem**:

- A. hiperkalcemii.
- B. hipofosfatemii.
- C. kamicy nerkowej.
- D. osteodystrofii.
- E. podwyższonego poziomu kalcytoniny.

Nr 66. Który z nowotworów skóry jest zaliczany do grupy guzów neuroendokrynnych (o złym rokowaniu)?

- A. rak podstawnokomórkowy.
- B. rak z komórek Merkla.
- C. rak kolczystokomórkowy.
- D. czerniak.
- E. znamię Spitz.

Nr 67. W skład zespołu MEN 1 mogą wchodzić następujące guzy, **z wyjątkiem**:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| A. gruczolaka przysadki. | D. mięsaka zaotrzewnowego. |
| B. guzów nadnerczy. | E. gruczolaka przytarczyc. |
| C. guzów trzustki. | |

Nr 68. Charakterystyczne zmiany skórne o charakterze pelzającego rumienia martwiczego (*migratory necrolytic erythema*) są typowe dla guza trzustki o charakterze:

- | | |
|---------------------|-------------------|
| A. insulinoma. | D. glucogagonoma. |
| B. VIP-oma. | E. gastrinoma. |
| C. somatostatinoma. | |

Nr 69. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące tzw. „zespołu rakowiaka” (potwierdzonego badaniami hormonalnymi):

- A. jest z reguły wczesnym objawem guza neuroendokrynnego zlokalizowanego w jelicie cienkim.
- B. prowadzi do szybkiego zgonu z powodu wyniszczenia nowotworowego.
- C. nie daje się kontrolować przewlekłym podawaniem analogów somatostatyny.
- D. najczęściej świadczy o uogólnionym stadium nowotworu o charakterze neuroendokrynnym.
- E. typowym jego elementem jest stenoza zastawki aortalnej serca.

Nr 70. Pacjent lat 70, po operacji i chemioterapii z powodu raka esicy. Stwierdzono w tomografii z kontrastem 4 zmiany przerzutowe w wątrobie w segmentach V, VI, VII prawego płata oraz w segmencie II płata lewego. Poziom markera CEA wynosi 8. Najkorzystniejszy zalecany zabieg dla pacjenta to:

- A. termoablacja laparoskopowa wszystkich zmian przerzutowych.
- B. ablacja laserowa przezskórna bez otwierania jamy brzusznej pod kontrolą USG.
- C. brachyterapia wszystkich zmian z zastosowaniem prowadnic przezskórnych.
- D. wycięcie chirurgiczne wszystkich zmian z marginesem 1 cm w operacji otwartej z USG śródoperacyjnym.
- E. wszystkie metody są możliwe do wykorzystania w zależności od preferencji chirurga.

Nr 71. Do kryteriów kwalifikacji do miejscowego wycięcia guza odbytnicy należą poniższe, **z wyjątkiem**:

- A. niskiego stopnia zaawansowania guza odbytnicy (T1, N0, M0).
- B. niskiego stopnia zróżnicowania histopatologicznego (G2 lub G3).
- C. umiejscowienia guza do 10 cm od linii zębatej.
- D. braku objawów zajęcia regionalnych węzłów chłonnych.
- E. zajęcia mniej niż 40% obwodu jelita.

Nr 72. Zastosowane w ośrodkach o dużym doświadczeniu leczenie małoinwazyjne (laparoskopowe) w chirurgii kolorektalnej w porównaniu z operacjami w chirurgii otwartej:

- A. daje lepsze wyniki przeżycia odległego i mniejszą ilość wznów miejscowych w III stopniu zaawansowania raka 1/3 dolnej odbytnicy.
- B. pozwala uzyskać takie same wyniki leczenia w zakresie przeżycia całkowitego i ilości wznów miejscowych, ale jest droższe i pobyt w szpitalu dłuższy.
- C. pozwala uzyskać takie same wyniki leczenia w zakresie przeżycia całkowitego i ilości wznów miejscowych, ale jakość życia pacjenta po zabiegu jest lepsza i pobyt w szpitalu krótszy.
- D. pozwala uzyskać takie same wyniki leczenia w zakresie przeżycia całkowitego ale przy mniejszej ilości wznów miejscowych, ponadto jest tańsze.
- E. pozwala uzyskać takie same wyniki leczenia w zakresie przeżycia całkowitego i ilości wznów miejscowych przy takiej samej jakości życia i dłuższym pobycie w szpitalu.

Nr 73. Najmniejsze ryzyko wznowy miejscowej po operacji raka odbytnicy T3N+M0 występuje, jeżeli:

- A.** wykonano radykalną resekcję odbytnicy R0 z wycięciem mezorektum (TME), węzłów chłonnych zaślonowych i biodrowych.
- B.** wykonano resekcję odbytnicy z całkowitym wycięciem mezorektum (TME) i zastosowano pooperacyjną radiochemioterapię uzupełniającą.
- C.** zastosowano chemioterapię przedoperacyjną i wykonano radykalną resekcję odbytnicy R0 z całkowitym wycięciem mezorektum (TME) i ujemnym marginesem bocznym w mezorektum.
- D.** zastosowano radiochemioterapię przedoperacyjną i wykonano resekcję odbytnicy R1 z całkowitym wycięciem mezorektum (TME).
- E.** zastosowano radioterapię przedoperacyjną i wykonano radykalną resekcję odbytnicy R0 z całkowitym wycięciem mezorektum (TME).

Nr 74. „Dziedziczny rak jelita grubego bez polipowatości to choroba predysponująca do rozwoju raka jelita grubego u osób młodych (40-45 lat). Charakterystyczne w tym zespole jest występowanie raka okrężnicy oraz innych nowotworów poza-okrężniczych: raka trzonu macicy, jajników, sutka, żołądka, jelita cienkiego, wątroby i dróg żółciowych”. Powyższy opis dotyczy zespołu:

- A.** Turcota. **B.** Lyncha I. **C.** Lyncha II. **D.** Gardnera. **E.** Cowdena.

Nr 75. Na spotkaniu komitetu interdyscyplinarnego omawiano przypadek pacjentki z rakiem esicy zlokalizowanym na 16 cm, z rozpoznaniem *adenocarcinoma* G2. W badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono trzy przerzuty do wątroby wielkości: 15 mm w segmencie VI, 10 mm w segmencie VII i 8 mm w segmencie VIII. Prawidłowa kolejność postępowania to:

- A.** resekcja guza esicy, chemioterapia, resekcja zmian w wątrobie.
- B.** jednoczasowa resekcja esicy i zmian w wątrobie, uzupełniająca chemioterapia.
- C.** przedoperacyjna chemioterapia, resekcja guza esicy, po miesiącu resekcja zmian w wątrobie, uzupełniająca chemioterapia.
- D.** resekcja guza esicy, po miesiącu resekcja zmian w wątrobie, uzupełniająca chemioterapia.
- E.** przedoperacyjna radioterapia, resekcja guza esicy, chemioterapia, resekcja zmian w wątrobie.

Nr 76. Jaki jest optymalny schemat leczenia resekcyjnego, niepowodującego niedrożności raka odbytnicy w stopniu zaawansowania T3N1M0?

- A.** radioterapia przedoperacyjna, chirurgia, obserwacja.
- B.** chirurgia, radioterapia pooperacyjna, chemioterapia pooperacyjna.
- C.** chirurgia, chemioterapia pooperacyjna, radioterapia pooperacyjna.
- D.** radioterapia przedoperacyjna, chirurgia, chemioterapia pooperacyjna.
- E.** chirurgia, chemioterapia pooperacyjna.

Nr 77. U pacjenta z rozpoznanym rakiem okrężnicy esowatej na podstawie kolonoskopii i badania histopatologicznego, podstawowymi badaniami, jakie powinny być wykonane przed podjęciem leczenia są:

- 1) USG jamy brzusznej;
- 2) oznaczenie poziomu CEA;
- 3) TRUS lub MR miednicy mniejszej;
- 4) RTG klatki piersiowej (lub TK klatki piersiowej);
- 5) TK jamy brzusznej i miednicy;
- 6) badanie PET-CT.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 2,4,5. **C.** 2,3,4. **D.** 2,3,6. **E.** 1,4,6.

Nr 78. 66-letni pacjent zgłosił się do Poradni Chirurgii Onkologicznej na kontrolę po 6 miesiącach od zakończonego leczenia raka odbytnicy T3N0M0. Nie zgłasza żadnych dolegliwości, poziom CEA w normie. Wystarczającymi badaniami w ramach kontroli są:

- 1) badanie endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego;
- 2) badanie PET-CT;
- 3) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i klatki piersiowej;
- 4) rektoskopie;
- 5) USG jamy brzusznej i RTG klatki piersiowej.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,5. **B.** 1,3. **C.** 2,4. **D.** 1,2. **E.** 3,4.

Nr 79. Spośród technik obrazowania do oceny aktywności proliferacyjnej nowotworów wykorzystuje się:

- 1) 18FDG-PET;
- 2) 17FLT-PET;
- 3) sekwencję MR DWI (*diffusion weighted imaging*);
- 4) sekwencję MR PWI (*perfusion weighted imaging*);
- 5) wielofazowe badanie TK po dożylnym podaniu środka kontrastującego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2. **B.** 1,3. **C.** 2,4. **D.** 3,5. **E.** 2,3.

Nr 80. Naciek pęcherzyków nasiennych przez raka stercza przesądza o stopniu:

- A.** T4. **B.** T3b. **C.** T3a. **D.** T2c. **E.** T2b.

Nr 81. Grupa III węzłów głowy i szyi odpowiada węzłom:

- A.** podżuchwowym.
- B.** górnym szyjnym.
- C.** środkowym szyjnym.
- D.** okołotchawiczym.
- E.** nadobojczykowym.

Nr 82. Pacjentka lat 48, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu guza piersi lewej stwierdzonego podczas samobadania. Klinicznie pierś bez obrzęku, „zaciągania” i zaczerwienienia skóry piersi, z wyczuwalnym guzem wielkości 2,0 cm oraz powiększonym, klinicznie podejrzanym węzłem chłonnym wielkości 2,5 cm. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 20 mm z węzłem chłonnym 22 mm, podejrzanym o przerzuty. W wykonanym badaniu his-pat guza piersi: Rak NST, G3, ER-0%, PgR- 0%, HER2-(1+), Ki67-90%. W badaniu cytologicznym węzła chłonnego stwierdzono komórki nowotworowe. Pacjentkę zakwalifikowano do przedoperacyjnego leczenia systemowego. Przed operacją, zarówno do guza piersi jak i do węzła chłonnego założono znaczniki („klipsy”). Limfadenektomię pachową należy wykonać:

- 1) zawsze, jeśli przed leczeniem systemowym jest potwierdzenie przerzutów do węzłów chłonnych regionalnych (przedoperacyjnie klinicznie węzły chłonne - cN1);
- 2) zawsze, jeśli po leczeniu systemowym jest potwierdzenie przerzutów do węzłów wartowniczych;
- 3) jeśli nie zidentyfikujemy węzłów chłonnych wartowniczych, stosując technikę wybarwiania i śródoperacyjnej limfoscyntygrafii;
- 4) jeśli wśród zidentyfikowanych węzłów chłonnych wartowniczych nie ma węzła z założonym „klipsem”;
- 5) jeśli nie zidentyfikujemy minimum 3 węzłów wartowniczych, wykonując biopsję tylko techniką śródoperacyjnej limfoscyntygrafii.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** tylko 1. **B.** 2,3,4. **C.** 3,4,5. **D.** tylko 2. **E.** tylko 5.

Nr 83. Pacjentka lat 59, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu guza piersi lewej stwierdzonego podczas samobadania. Klinicznie pierś bez obrzęku, „zaciągania” i zaczerwienienia skóry piersi z wyczuwalnym guzem wielkości 4,0 cm oraz niepowiększonymi, klinicznie niepodjeznanymi węzłami chłonnymi. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 35 mm z węzłami chłonnymi do 10 mm, niepodjeznanymi o przerzuty. W wykonanym badaniu his-pat guza piersi: Rak NST, G3, ER-0%, PgR- 0%, HER2-(3+), Ki67-98%. Badania cytologicznego węzłów chłonnych nie wykonywano. Optymalnym schematem leczenia jest:

- A.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia.
- B.** radykalna mastektomia, chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia.
- C.** chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia.
- D.** chemioterapia przedoperacyjna z immunoterapią antyHER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia, hormonoterapia.
- E.** oznaczenie guza piersi za pomocą „klipsa”, chemioterapia przedoperacyjna z immunoterapią antyHER2, w przypadku odpowiedzi na leczenie wycięcie guza z biopsją węzłów chłonnych wartowniczych, dalsze leczenie systemowe anty HER2 oraz radioterapia.

Nr 84. W preparacie po leczeniu oszczędzającym kobiety w wieku lat 67 chorej na raka piersi stwierdzono: His-pat: Rak zrazikowy inwazyjny o średnicy 10 mm; NST, G1, ER – 90%, PgR – 90%, HER2(1+), Ki67 – 30%; ognisko raka inwazyjnego znajduje się w obszarze raka zrazikowego przedinwazyjnego (CLIS) o wielkości 35 mm. Utkanie raka zrazikowego przedinwazyjnego znajduje się w odległości minimum 1 mm od marginesów chirurgicznych. W badaniu węzłów wartowniczych, w jednym z dwóch zbadanych węzłów chłonnych stwierdzono przerzut wielkości 3 mm, bez naciekania torebki węzła. W tej sytuacji (zgodnie z zaleceniami konsensusu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej), zalecanym postępowaniem jest:

- A.** docięcie marginesów, zastosowanie radioterapii uzupełniającej, włączenie leczenia uzupełniającego systemowego zgodnie z decyzją MDT.
- B.** tylko radioterapia uzupełniająca.
- C.** docięcie marginesów, wykonanie limfadenektomii pachowej, zastosowanie radioterapii uzupełniającej, włączenie leczenia uzupełniającego systemowego zgodnie z decyzją MDT.
- D.** zastosowanie radioterapii uzupełniającej, włączenie leczenia uzupełniającego systemowego zgodnie z decyzją MDT.
- E.** pozostawienie w obserwacji.

Nr 85. Pacjentka lat 54, zgłosiła się do chirurga onkologa z powodu bólu i obrzęku piersi prawej. Klinicznie obrzęk i zaczerwienienie skóry piersi (objaw „skórki pomarańczy”), z wyczuwalnym guzem 6 cm oraz powiększonymi w pakietach do 35 mm węzłami pachy po stronie prawej. W mammografii i badaniu usg – guz piersi 65 mm z węzłami chłonnymi do 22 mm. Badanie cytologiczne z biopsji węzłów chłonnych – komórki nowotworowe. W wykonanym badaniu his-pat guza piersi: Rak NST, G3, ER-0%, PgR- 0%, HER2-(1+), Ki67-98%. Optymalnym schematem leczenia jest:

- A.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia.
- B.** radykalna mastektomia, chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia.
- C.** chemioterapia przedoperacyjna, radioterapia, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia.
- D.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radykalna mastektomia, radioterapia, hormonoterapia.
- E.** chemioterapia przedoperacyjna, w przypadku odpowiedzi na leczenie radioterapia.

Nr 86. Pacjentka lat 54, przed 7 laty miała wykonaną mastektomię z jednoczasową rekonstrukcją protezą teksturowaną z powodu raka NST, typ luminalny B, węzeł wartowniczy bez przerzutu. Od 3 miesięcy obserwuje powiększanie się operowanej piersi. W usg stwierdzono obecność płynu wokół protezy, brak ewidentnych cech uszkodzenia protezy. Właściwym postępowaniem u tej pacjentki będzie:

- A. wymiana protezy na nową nieteksturowaną.
- B. wymiana protezy na nową teksturowaną, ponieważ najczęstszą przyczyną obecności płynu wokół protezy są jej mikropęknięcia niewidoczne w usg.
- C. wykonanie mammografii i odessanie płynu pod kontrolą usg i dalsza obserwacja co 3 miesiące.
- D. wykonanie mammografii metodą rezonansu magnetycznego piersi, punkcja płynu z diagnostyką cytologiczną, i ewentualną diagnostyką histologiczną w kierunku diagnostyki chłoniaka z komórek T - ALCL-ALK (–) (*anaplastic large cell lymphoma*).
- E. dalsza obserwacja - jeśli nie wykryto wznowy miejscowej raka w badaniach obrazowych i nie ma pęknięcia protezy.

Nr 87. Systemowe leczenie przedoperacyjne u chorych na raka piersi może być pierwotną metodą terapii w następujących sytuacjach klinicznych:

- 1) w miejscowo zaawansowanym, pierwotnie nieoperacyjnym (w tym zapalnym) raku piersi;
- 2) w celu obniżenia zaawansowania miejscowo-regionalnego w przypadku pierwotnie operacyjnego raka piersi, w celu wykonania zabiegu oszczędzającego (tzw. down staging);
- 3) w szczególnie źle rokujących podtypach raka piersi [tzn. TNBC i HER2(+)] niezależnie od pierwotnego zaawansowania i zakresu planowanego zabiegu (szczególnie przy guzach > 2 cm). Uzyskanie pCR (ypT0ypN0) w tych podtypach poprawia odległe wyniki leczenia wydłużając OS;
- 4) u chorych młodych – poniżej 35. roku życia z obecną mutacją *BRCA1/2*, które bez względu na podtyp raka piersi i jego zaawansowanie zawsze są kwalifikowane do systemowego leczenia pooperacyjnego.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. wszystkie wymienione. B. 2,3,4. C. 1,3,4. D. 1,2,4. E. 1,2,3.

Nr 88. Wskaż prawdziwe stwierdzenia dotyczące raka piersi u ciężarnej:

- 1) w diagnostyce guza piersi wykorzystuje się biopsję cienkoigłową, jako metodę mniej inwazyjną niż biopsja gruboigłowa;
- 2) nie powinno stosować się leczenia systemowego – chemioterapii w I i II trymestrze ciąży;
- 3) w przypadku ciąży ≥ 23 tygodni, leczenie chirurgiczne powinno być przeprowadzone w ośrodku z zabezpieczeniem neonatologiczno-położniczym;
- 4) w czasie ciąży przeciwwskazana jest: radioterapia, hormonoterapia, leczenie celowane (HER2), podawanie bisfosfonianów i denosumabu;
- 5) zakończenie wcześniejsze ciąży (aborcja) nie wpływa na poprawę rokowania dla matki.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3. B. 2,3,4. C. 3,4,5. D. 1,2,4. E. 2,4,5.

Nr 89. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi w Polsce spełniają następujące kryteria stawiane badaniom przesiewowym:

- 1) choroba stanowi istotny problem zdrowotny;
- 2) znany jest dokładny przebieg choroby (od fazy przedklinicznej do zaawansowanej z dobrze określoną wczesną fazą schodzenia);
- 3) została określona populacja, która została objęta badaniami;
- 4) istnieje określony standard leczenia;
- 5) badanie przesiewowe ma wpływ na obniżenie śmiertelności z powodu raka piersi;
- 6) zorganizowany system badań nie jest procesem ciągłym, lecz doraźnym.

Prawidłowa odpowiedź to:

A. 1,2,3,5,6. **B.** 1,2,3,4,5. **C.** 1,3,6. **D.** 1,2,4,5. **E.** 1,2,5.

Nr 90. Leczeniem z wyboru mięsaków piersi jest:

- A.** amputacja prosta piersi z węzłem wartowniczym.
- B.** kwadrantektomia.
- C.** zmodyfikowana radykalna amputacja piersi.
- D.** prosta amputacja lub radykalne wycięcie miejscowe oszczędzające bez jednoczesowej limfadenektomii pachowej.
- E.** każde z wymienionych.

Nr 91. W diagnostyce patologicznego wycieku z brodawki piersiowej, po wykluczeniu przyczyn ogólnoustrojowych, powinno się wykonać w pierwszej kolejności następujące badania:

- A.** badanie przewodów mlekowych z użyciem błękitu metylenowego.
- B.** ultrasonografię, mammografię, a potem galaktografię lub wziernikowanie przewodu mlekowego.
- C.** badanie rezonansem magnetycznym piersi.
- D.** wziernikowanie przewodu mlekowego.
- E.** galaktografię.

Nr 92. U chorych z samoistnym wyciekami z brodawki z pojedynczego przewodu mlekowego oraz z jednej piersi, najbardziej optymalnym leczeniem jest wykonanie zabiegu:

- A.** kwadrantektomii.
- B.** usunięcia brodawki piersiowej z przewodami.
- C.** amputacji prostej.
- D.** wycięcia pojedynczego przewodu mlekowego.
- E.** nie ma wskazań do operacji.

Nr 93. W przypadku rozpoznania przedinwazyjnego raka zrazikowego piersi (LCIS) w materiale pooperacyjnym należy:

- A.** wykonać poszerzenie zakresu wycięcia.
- B.** wykonać amputację prostą piersi.
- C.** wykonać amputację prostą z węzłem wartowniczym.
- D.** wdrożyć ścisłą obserwację kliniczną.
- E.** wdrożyć leczenie hormonalne.

Nr 94. Najczęstszym źródłem przerzutów odległych do piersi jest:

- A. nowotwór układu chłonnego.
- B. czerniak o innej lokalizacji.
- C. rak płuca.
- D. rak jelita grubego.
- E. rak drugiej piersi.

Nr 95. W ocenie węzła wartowniczego w raku piersi najbardziej skuteczną techniką jest metoda:

- A. izotopowa.
- B. barwnikowa z zastosowaniem błękitu metylenowego.
- C. z ferromagnetykami.
- D. z zielenią indocyjaninową.
- E. skojarzona: izotop wraz z błękitem metylenowym.

Nr 96. U chorych ze wznową lokoregionalną raka piersi powinno być wdrożone leczenie operacyjne, a raport patologiczny powinien zawierać dane o:

- A. stopniu zaawansowania raka wg rTNM.
- B. stanie receptorów E (estrogenowych).
- C. stanie receptorów P (progesteronowych).
- D. stanie receptorów HER2 (herceptynowych).
- E. stanie receptorów estrogenowych, progesteronowych, herceptynowych oraz wskaźniku Ki67.

Nr 97. W przypadku nowotworu podścieliskowego (GIST) średnicy 3 cm, zlokalizowanego w żołądku, w środkowej części krzywizny większej, bez cech rozsiewu, adekwatne postępowanie to:

- A. obserwacja endoskopowa.
- B. terapia imatynibem.
- C. klinowa resekcja żołądka z marginesem 1-2 cm.
- D. klinowa resekcja żołądka z marginesem 1-2 cm i limfadenektomią D1.
- E. subtotalna resekcja żołądka z limfadenektomią.

Nr 98. U chorych na raka odbytnicy poddanych chemio-radioterapii, u których stwierdzono całkowitą remisję guza pierwotnego, przerzuty do węzłów chłonnych mezorektum występują u około:

- A. 1%.
- B. 5%.
- C. 10%.
- D. 20%.
- E. 30%.

Nr 99. Spośród wymienionych stanów, ryzyko rozwoju raka jelita cienkiego jest najniższe w przebiegu:

- A. choroby Leśniowskiego-Crohna.
- B. zespołu Lyncha.
- C. zespołu polipowatości rodzinnej (FAP).
- D. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
- E. choroby trzewnej.

Nr 100. Za występowanie wrodzonego rozlanego raka żołądka (HDGC) odpowiedzialna jest mutacja genu:

- A. *CDH1*.
- B. *PTEN*.
- C. *APC*.
- D. *p53*.
- E. *RET*.

Nr 101. W przypadku wczesnego raka żołądka przeciwwskazaniem do endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej (ESD) jest:

- A. T1a.
- B. G1.
- C. średnica zmiany 10 mm.
- D. średnica zmiany 15 mm.
- E. N1.

Nr 102. W przypadku całkowitej resekcji żołądka z powodu raka, wykonywana limfadenektomia D2 nie obejmuje węzłów chłonnych grupy:

- A. 1-6.
- B. 7.
- C. 8a.
- D. 8p.
- E. 9.

Nr 103. Jeśli w badaniu histopatologicznym wycinków z badania endoskopowego u chorych z przełykiem Barretta nie stwierdzono dysplazji, to nadzór endoskopowy powinien być prowadzony w następującym schemacie:

- A. badanie co 6 miesięcy przez rok, a potem co rok.
- B. badanie co 6 miesięcy przez 2 lata, a potem co rok.
- C. po 2 badaniach wykluczających obecność dysplazji badania co 3-5 lat.
- D. badanie endoskopowe co rok do chwili stwierdzenia dysplazji.
- E. badanie endoskopowe co 2 lata do chwili stwierdzenia dysplazji.

Nr 104. U chorych na raka przełyku, z dysfagią, którzy nie są w stanie utrzymać pożądanego stanu odżywienia w czasie leczenia przedoperacyjnego, należy:

- A. wykonać gastrostomię.
- B. wykonać endoskopowe rozszerzanie nowotworowego zwężenia przełyku lub jejunostomię odżywczą.
- C. odstąpić od leczenia przedoperacyjnego.
- D. żywić pacjenta wyłącznie drogą pozajelitową.
- E. ograniczyć leczenie przedoperacyjne jedynie do krótkotrwałej radioterapii.

Nr 105. W przypadku resekcji przełyku narządy zastępcze dla przełyku to (w kolejności preferencji):

- A. żołądek, okrężnica, jelito cienkie.
- B. żołądek, jelito cienkie, okrężnica.
- C. okrężnica, żołądek, jelito cienkie.
- D. okrężnica, jelito cienkie, żołądek.
- E. jelito cienkie, żołądek, okrężnica.

Nr 106. Wskaż prawdziwe stwierdzenie dotyczące raka trzustki:

- A. jest rozpoznawany w Polsce rocznie u około 3600 osób.
- B. jest pierwotnie rozpoznawany w I i II stopniu zaawansowania u około 30% chorych.
- C. w przypadku radykalnej resekcji jest zawsze wskazaniem do uzupełniającej radiochemioterapii.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

Nr 107. Uzupełniająca chemioterapia pooperacyjna w raku jelita grubego:

- A. powinna być rozważana u wszystkich chorych w III stopniu zaawansowania i niektórych chorych w stopniu II.
- B. jest wskazana jedynie u chorych na raka okrężnicy.
- C. polega zawsze na stosowaniu jednej z pochodnych fluoropirymidynowych w monoterapii.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

Nr 108. W raku wątrobowokomórkowym:

- A. czynnikiem najczęściej sprzyjającym zachorowaniu jest w Polsce zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B.
- B. stężenie alfafetoproteiny ma zawsze wartość powyżej 400 ng/ml.
- C. leczenie zależy od stopnia zaawansowania nowotworu oraz stanu czynnościowego wątroby i ogólnej sprawności chorego.
- D. prawdziwe są odpowiedzi A,B.
- E. prawdziwe są odpowiedzi A,B,C.

Nr 109. 51-letni chory operowany radykalnie z powodu raka esicy. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. W pooperacyjnym badaniu patomorfologicznym: Rak gruczolowy G2, pT3 N0 M0. Resekcja R0. W jakiej sytuacji należy rozważyć podanie uzupełniającej (adjuwantowej) chemioterapii?

- 1) dystalny margines resekcji – 5 cm;
- 2) mniej niż 12 węzłów chłonnych w preparacie;
- 3) jatrogena perforacja guza nowotworowego;
- 4) niedrożność przewodu pokarmowego;
- 5) śródoperacyjna utrata krwi ponad 300 ml.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A. 1,2,3.
- B. 2,3,5.
- C. 2,3,4.
- D. 3,4,5.
- E. 1,2,5.

Nr 110. Wskaż, które z poniższych cech wg klasyfikacji TNM określają stopień IIC zaawansowania raka odbytnicy:

- 1) T3 N1/N1c M0;
- 2) T4b N0 M0;
- 3) T4a N1/N1c M0;
- 4) lepsze rokowanie niż w stopniu IIIA;
- 5) gorsze rokowanie niż w stopniu IIIA.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 2,5. **B.** 1,4. **C.** 3,4. **D.** 2,4. **E.** 3,5.

Nr 111. Referencyjnymi badaniami obrazowymi, które służą do klinicznej oceny zaawansowania nowotworu i określenia wskazań do leczenia neoadjuwantowego chorych na raka odbytnicy, są:

- 1) TK jamy brzusznej;
- 2) PET-CT;
- 3) rtg odbytnicy z kontrastem;
- 4) TK lub rtg klatki piersiowej;
- 5) MRI miednicy.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 2,3,5. **C.** 1,2,5. **D.** 1,3,5. **E.** 1,4,5.

Nr 112. Całkowitą kliniczną regresję guza nowotworowego odbytnicy po zastosowaniu radio-chemioterapii można rozpoznać wówczas, gdy w badaniu odbytnicy w miejscu gdzie wcześniej był wyczuwalny/widoczny guz, stwierdzamy:

- A.** prawidłową błonę śluzową odbytnicy lub jedynie gładką bliznę z teleangiektazją lub bez teleangiektazji.
B. prawidłowy obraz ściany jelita w badaniu TK.
C. prawidłowy obraz ściany jelita w badaniu PET-CT.
D. prawidłowy obraz ściany jelita w MRI.
E. brak zmian nowotworowych w biopsji pobranej ze ściany jelita.

Nr 113. Jednym z powikłań występujących po wykonaniu niskiej resekcji przedniej z powodu raka odbytnicy jest tzw. „zespół resekcji przedniej”. Charakterystycznymi objawami klinicznymi, które składają się na ten zespół są:

- 1) wypróżnienia z dużą objętością śluzu;
- 2) niepełna kontrola nad utrzymaniem gazów i stolca;
- 3) nagłące parcia i konieczność natychmiastowego wypróżnienia;
- 4) zwiększona częstotliwość wypróżnień w ciągu doby;
- 5) gorączka powyżej 38 stopni.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,2,4. **B.** 3,4,5. **C.** 2,3,5. **D.** 1,4,5. **E.** 2,3,4.

Nr 114. Przerzuty raka jelita grubego do otrzewnej opisywane są wg najnowszej wersji klasyfikacji TNM (8 edycja; 2017 rok), jako cecha:

- A.** M1. **B.** M1a. **C.** M1b. **D.** M1c. **E.** M2.

Nr 115. Opisywana w literaturze (choć nie będąca rutynowym sposobem postępowania) strategia uważnej obserwacji (*watch-and-wait policy*) ukierunkowanej na wczesne wykrycie nawrotu miejscowego raka odbytnicy, dotyczy sytuacji, gdy:

- A.** wynik patomorfologiczny preparatu pooperacyjnego wskazuje na zaawansowanie pT3-4, N1-2, a chory przed operacją nie otrzymał radioterapii.
- B.** u chorego po leczeniu radykalnym występują istotne czynniki nawrotu choroby, a pomimo to nie zastosowano chemioterapii uzupełniającej.
- C.** wynik patomorfologiczny preparatu pooperacyjnego wskazuje na zaawansowanie pT1-2 N0, ale doszło do śródoperacyjnej, jatrogennej perforacji guza.
- D.** po zastosowaniu radio-chemioterapii doszło do całkowitej klinicznej remisji nowotworu i chory nie był operowany.
- E.** u chorego wykonano resekcję raka odbytnicy metodą TEM (*transanal endoscopic microsurgery*).

Nr 116. 69-letni chory w dobrym stanie ogólnym (stan sprawności wg WHO 1), bez istotnych obciążeń, z rozpoznaniem raka gruczołowego odbytnicy. Guz pierwotny w odległości około 7-8 cm od brzegu odbytu, obejmujący około 40% obwodu jelita, ruchomy. W badaniu MRI (rezonans magnetyczny) miednicy, zaawansowanie określono jako cT3 N1. W TK (tomografia komputerowa) jamy brzusznej stwierdzono obecność synchronicznych zmian przerzutowych w wątrobie: segment VI – 33x42 mm, segment VII - 15x23 mm. Zmiany w wątrobie uznano za resekcyjne. TK klatki piersiowej bez zmian. Poziom CEA 34 ng/ml. W tym przypadku optymalnym sposobem leczenia chirurgicznego jest:

- A.** radykalna resekcja (jedno bądź dwuczasowa) guza pierwotnego i przerzutów odległych przy współudziale leczenia skojarzonego (chemio-radioterapii).
- B.** wyłonienie kolostomii, a następnie chemioterapia paliatywna wraz z radioterapią na obszar guza pierwotnego.
- C.** usunięcie guza pierwotnego po wcześniejszej radioterapii, a następnie chemioterapia paliatywna.
- D.** usunięcie chirurgiczne lub ablacja zmian przerzutowych w wątrobie, a następnie paliatywna chemioterapia.
- E.** radioterapia na obszar guza pierwotnego, a następnie chemioterapia paliatywna; leczenie chirurgiczne tylko w przypadku niedrożności, krwotoku lub perforacji guza pierwotnego.

Nr 117. Czynniki ryzyka zachorowania na raka odbytnicy, które wchodzą w obszar profilaktyki pierwotnej, to:

- 1) dieta bogata w tłuszcz;
- 2) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
- 3) zespół Lynch II;
- 4) polipowatość rodzinna;
- 5) palenie tytoniu.

Prawidłowa odpowiedź to:

- A.** 1,4. **B.** 1,2. **C.** 1,5. **D.** 3,4. **E.** 2,4.

Nr 118. Chory po miejscowym usunięciu polipowatej zmiany okolicy brzegu odbytu, rozpoznawanej pierwotnie jako żylak odbytu. W badaniu histopat.: rak płaskonabłonkowy, G2, resekcja R1. W badaniu przedmiotowym: węzły chłonne pachwinowe niepowiększone, w okolicy brzegu odbytu miękka blizna. Obraz TK jamy brzusznej oraz MRI miednicy – prawidłowy. Zwieracz zewnętrzny odbytu – bez cech naciekania. Pierwszoplanowym postępowaniem będzie:

- A. radiochemioterapia.
- B. miejscowe wycięcie blizny z zaoszczędzeniem zwieraczy odbytu.
- C. amputacja brzuszno-kroczoowa.
- D. ścisła obserwacja.
- E. leczenie skojarzone w postaci radioterapii, a następnie amputacji brzuszno-krzyżowej.

Nr 119. Najczęstszym nowotworem skóry powieki górnej jest:

- A. rak Merkla.
- B. włókniakomięsak guzowaty skóry.
- C. mięsak naczyniopochodny skóry.
- D. czerniak skóry.
- E. rak łojowy.

Nr 120. Z wymienionych poniżej typów mięsaków przerzuty do węzłów chłonnych najczęściej stwierdza się w przypadku:

- A. mięśniakomięsaka gładkokomórkowego (*leiomyosarcoma*).
- B. MPNST.
- C. włókniakomięsaka guzowatego skóry (*dermatofibrosarcoma protuberans*).
- D. mięsaka jasnokomórkowego (*clear cell sarcoma*).
- E. tłuszczakomięsaka śluzowatego (*myxoid liposarcoma*).

Dziękujemy !